Rev Clin Esp. 2013;213(Espec Congr):148

Revista Clínica Española

https://www.revclinesp.es

A-85. - ESTUDIO DE LOS HEMOCULTIVOS POSITIVOS VERDADEROS REALIZADOS EN 2012 EN URGENCIAS DE UN HOSPITAL TERCIARIO

P. Martínez Olaizola[1], A. Burzaco Sánchez[1], M. San Martín Díez[1], A. Torres Sampedro[1], J. Larruscain Zorroza[1], M. Martínez Ortiz de Zarate[1], R. Cisterna Cáncer[2], G. Ezpeleta Lobato[2]

[1]Servicio de Urgencias, [2]Unidad de Microbiología. Hospital de Basurto. Bilbao (Vizcaya).

Resumen

Objetivos: Los procesos infecciosos es una de las causas más frecuente de atención en los servicios de urgencias. El objetivo de este trabajo es el estudio de las características epidemiológicas, microbiológicas y clínicas de los pacientes con hemocultivos positivos atendidos en el servicio de Urgencias de un Hospital terciario en 2012.

Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo de los hemocultivos positivos realizados en el Servicio de Urgencias del Hospital Universitario Basurto (Bilbao) durante el año 2012 en una población de más de 15 años de edad. En dicho periodo se realizaron 4.277 hemocultivos, con los siguientes resultados: 747 eran hemocultivos positivos de los cuales 448 eran hemocultivos positivos verdaderos, tras descartar 299 hemocultivos positivos falsos.

Resultados: Los 448 pacientes atendidos durante el 2012 en el servicio de urgencias con hemocultivos positivos verdaderos, el 45,9% eran mujeres y el 54% hombres con una media de edad de 71 años, el 52% de los pacientes con una edad superior a 75 años. El 89% de los mismos procedían de su domicilio un 7,8% estaban institucionalizados y el 2,45% tenían un ingreso hospitalario en los 15 días previos. Los factores de comorbilidad más frecuentemente asociado fueron cardiopatía 28,5% diabetes 24,5% seguido de los procesos neoplásicos 18%, enfermedad pulmonar obstructiva crónica 17,4%, demencia 14,2% y accidente cerebrovascular 12%. El 10,7% habían recibido tratamiento antibiótico previo, inmunosupresores un 9,1% y eran portadores de sondas o catéteres un 6,25% de los pacientes. El microorganismo más frecuentemente aislado fue Escherichia coli 42,6%, seguido de Streptococcus pneumoniae 7,8%, Staphylococcus aureus 5,8%, bacteriemia de etiología polimicrobiana 3,57%, Staphylococcus aureus meticilin resistente (SAMR) 2,9%, Pseudomona aeruginosa 2,45%, Streptococcus beta hemolítico grupo B 2,45%, Klebsiella pneumoniae 2%, Streptococcus pyogenes 1,7% y Proteus mirabillis (0,8%). Se diagnosticaron de shock séptico el 5,5% y de sepsis un 16,9% de los pacientes. En el grupo de shock séptico los focos urinario respiratorio y cutáneo representaron el 20%, seguidos con un 16% los de origen abdominal y de origen desconocido. En los pacientes diagnosticados de sepsis el origen urinario representó el 60% de los casos, seguido de las infecciones de origen desconocido y cutáneo ambas con un 9,2%, respiratorio 7,8% y las de origen abdominal 6,5%. El grupo de bacteriemias sin datos de sepsis represento el 77,4% de los pacientes de ellos un 36,5% presentaron un foco urinario como causa de la infección seguido de infecciones respiratorias el 17,5% infecciones abdominales 17,2%, origen desconocido 7,2% endocarditis 4,3% cutáneo 2,5%. Ingresaron en la Unidad de cuidados intensivo

un 7,3% de los pacientes. Con una mortalidad global del 14%. Se inicio tratamiento empírico en función del cuadro clínico y la sospecha diagnostica. Los antibióticos más frecuentemente prescritos fueron las cefalosporinas de 3 generaciones seguido de carbapenem, levofloxacino y piperacilina/tazobactan.

Discusión: La incidencia de hemocultivos positivos verdaderos en nuestro estudio supone el 10%. El 50% de la población atendida tiene más de 75 años, presentan porcentajes altos de comorbilidad. La incidencia de bacterias Gram negativas es superior a la de Gram positivas. En los pacientes con shock séptico la incidencia de foco urinario, respiratorio y cutánea es la misma del 20%, a diferencia de la sepsis o bacteriemia sin sepsis donde el foco urinario es el más frecuente.

Conclusiones: La importancia de realizar de forma meticulosa la historia clínica que junto con las pruebas complementarias nos ayudará a identificar el posible foco de infección y elegir el tratamiento empírico adecuado.

0014-2565 / © 2013, Elsevier España S.L.U. y Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI). Todos los derechos reservados.